



The Effectiveness of Reality Therapy Based on Skill-training on Psychological Capital and Depression in Adolescent Girls With Type 1 Diabetes

Afrouz Hamidi¹, Fariba Hassani^{2*}, Farnaz Keshavarzi Arshadi³, Fayegh Yousefi⁴

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychiatry, Medical faculty, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Corresponding Author: Fariba Hassani, Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Hassani.fariba@gmail.com

Received: 6 Feb 2022

Accepted: 20 May 2022

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease with a high risk of disability and death. In addition to physical complications, some psychological problems, especially depression and loss of psychological capital, are also common in people with diabetes. This study aims to the effectiveness of Reality Therapy Based on Skill-training on psychological capital and depression in female adolescents with type 1 diabetes.

Methods: The research method was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up. The statistical population of this study was all adolescents aged 16-14 years with type 1 diabetes in Sanandaj. The statistical sample consisted of 30 adolescents with type 1 diabetes who were purposefully selected and randomly divided into reality therapy (n = 15) and control (n = 15) groups. The Lutens Psychological Capital Scale and the Beck Depression-2 Scale were used to collect data. The experimental group received 90 minutes of 90-minute Reality Therapy Based on Skill-training, but the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using a mixed analysis of variance in SPSS software version 25.

Results: The results of intragroup effects showed that Reality Therapy Based on Skill-training increased psychological capital (F=268.18) and reduced depression (F=149.23), in adolescent girls with type 2 diabetes (P<0.05). The results of intergroup effects showed that in the intervention group, the amount of psychological capital in the experimental group participants increased compared to the control group participants, and depression in the experimental group participants decreased compared to the control group participants.

Conclusions: Results show that Reality Therapy Based on Skill-training is practical for psychological capital and depression, so the recommendation of this method to clinical psychologists to increase the psychological health of patients with type 1 diabetes is recommended.

Keywords: Reality Therapy Based on Skill-training, Psychological Capital, Depression, Type 1 Diabetes.



تأثیر مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک

افروز حمیدی^۱، فریبا حسنی^{۲*}، فرناز کشاورزی ارشدی^۳، فایق یوسفی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

نویسنده مسئول: فریبا حسنی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
ایمیل: Hassani.fariba@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: دیابت، یک بیماری مزمن و متضمن خطر بالای ناتوانی و مرگ است که علاوه بر عوارض جسمی، برخی مشکلات روانشناختی به ویژه افسردگی و کاهش سرمایه روان شناختی نیز در افراد مبتلا به دیابت شایع است. هدف پژوهش حاضر اثربخشی مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی همراه با پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی نوجوانان ۱۴-۱۶ ساله مبتلا به دیابت نوع یک شهر سنندج در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه آماری ۳۰ نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک بود که به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی (قرعه کشی) در گروه واقعیت درمانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس سرمایه روان شناختی لوتانز و مقیاس افسردگی بک-۲ استفاده شد. گروه آزمایش در طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی را دریافت کرد، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج اثرات درون گروهی نشان داد که مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی موجب افزایش سرمایه روان شناختی ($F=26/18$)؛ و کاهش افسردگی ($F=149/23$)؛ نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع شده است ($P<0/05$). نتایج اثرات بین گروهی نشان داد که در گروه مداخله میزان سرمایه روان شناختی در شرکت کننده های گروه آزمایش نسبت به شرکت کننده های گروه کنترل افزایش و افسردگی در شرکت کننده های گروه آزمایش نسبت به شرکت کننده های گروه کنترل کاهش یافته است ($P<0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی مؤثر بوده، لذا توصیه از این روش به روان شناسان بالینی جهت افزایش سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی، سرمایه روان شناختی، افسردگی، دیابت نوع یک.

مقدمه

نوجوانی شروع تغییرات مهم جسمی، روانی و اجتماعی است که بر عملکرد فرد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارد و ممکن است با مشکلاتی مانند نگرانی در مورد آینده تحصیلی و شغلی، مشکلات جنسی، ناراحتی، افسردگی، مصرف الکل و مواد مخدر، افکار خودکشی، ایجاد مشکلاتی در مدرسه، تعارض با والدین و همسالان همراه باشد (۱). یکی از مسائلی که سلامت جسمی و روانی نوجوانان را تهدید می‌کند، ابتلا به بیماری‌های مزمن است. بیماری مزمن از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان، بیماری‌های تنفسی، آنفلوآنزا و عفونت ریه و دیابت هستند که از علل عمده مرگ و میر در جهان به حساب می‌آیند (۲،۳).

بیماری دیابت، شایعترین بیماری متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است و از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در نقاط جهان قلمداد می‌شود (۴،۵). در این اختلال متابولیک، بدن قادر به تولید انسولین یا استفاده از آن به طور متناسب نیست (۶). جدیدترین گزارش انجمن بین‌المللی دیابت حاکی از وجود ۲۴۴ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سراسر جهان است و بنا بر پیش‌بینی این سازمان، تعداد این افراد در سال ۲۰۴۰ به حدود ۳۲۴ میلیون نفر خواهد رسید که بیش از ۸۰ درصد آنها در کشورهای فقیر و متوسط زندگی می‌کنند (۷). شیوع دیابت در ایران نیز ۷/۷ درصد گزارش شده است (۸).

از آنجا که دیابت نوع یک منجر به تغییرات دائمی در زندگی نوجوان می‌شود، این مسئله می‌تواند بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی تأثیر بگذارد و موجب ناامیدی آنها شود. این بیماران در صورت ناتوانی در کنترل مطلوب دیابت، با تغییرات وسیع در شیوه زندگی روبرو می‌شوند که به شرایط تهدیدکننده و ناتوانی آنها منجر می‌شود و به این دلیل، استرس زیادی را تجربه می‌کنند (۹). نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک در تعاملات اجتماعی به علت تغییرات دائمی در زندگی، ترس از افزایش قند خون و درک تفاوت خود با همسالان دارای اضطراب و افسردگی هستند و اضطراب اجتماعی آنها منجر به کناره‌گیری وی از همسالان شده و سرمایه روان‌شناختی آنها کاهش پیدا می‌کند (۱۱-۹). سرمایه روان‌شناختی، یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن

افروز حمیدی و همکاران

پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسناد مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۱۲) و با ویژگی‌هایی مانند داشتن اعتمادبه‌نفس لازم و تلاش برای موفقیت در کارهای چالش‌انگیز خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری برجسته می‌شود (۱۳).

یکی دیگر از پیامدهای روان‌شناختی دیابت نوع ۱ بر روی نوجوانان افسردگی است (۱۴). افسردگی، یک اختلال خلقی است که خود را با علائمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس لذت و علاقه، کاهش وزن، بی‌خوابی، احساس خستگی، احساس پوچی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهد (۱۵). افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی در بیماران دیابتی است که بروز آن علاوه بر سیر درمان، می‌تواند پیش‌آگهی بیماری را نیز دستخوش تغییر کند. افسردگی ارتباطی متقابلی با دیابت دارد و به عنوان عامل خطری برای ابتلاء به دیابت مطرح شده است. افسردگی بیماری پرعارضه و ناتوان‌کننده‌ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی (۸ تا ۲۰ درصد) بوده و حدود ۳۳٪ تخمین زده می‌شود (۱۶).

علاوه بر درمان‌های دارویی، از مداخلات روان‌شناختی نیز به منظور کاهش پیامدهای منفی دیابت بر روی افراد مبتلا استفاده شده است. در یک مرور نظام‌مند و متآنالیز با بررسی ۷۰ مطالعه مربوط به مداخلات روان‌شناختی، مشخص شد که مداخلات روان‌شناختی علی‌الخصوص درمان شناختی رفتاریبر کنترل قند خون این بیماران مؤثر بوده است (۱۷). در یک متآنالیز نیز با بررسی ۳۰ مطالعه، تأثیر مداخلات روان‌شناختی با اندازه اثر کم، بر بهبود خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران بالای ۱۸ سال مبتلا به دیابت نوع دو تأیید شد (۱۸).

روشهای درمانی و آموزشی مختلفی برای بهبود سلامت روان و کاهش اختلالات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت بکار گرفته شده است. یکی از رویکردهای واقعیت‌درمانی است. واقعیت‌درمانی گلاسر از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در واقعیت‌درمانی بر مفاهیمی مانند کنترل، مسئولیت‌پذیری و انتخاب تأکید می‌شود که می‌تواند بر راهبردهای مقابله‌افراد تأثیرگذار باشد. واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه انتخاب استوار است در این نظریه اعتقاد به این است که اعمال

ما یک رفتار و رفتار ما یک انتخاب است. یعنی خود رفتارهایمان را انتخاب می‌کنیم و مسئول زندگی خود و آنچه عمل و احساس می‌کنیم هستیم. گلاسرف رفتار را شامل چهار مولفه عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مولفه عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیر مستقیم کنترل داریم. تأکید نظریه انتخاب بر دو مولفه عملکرد و تفکر می‌باشد (۲۰، ۱۹).

پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف دنیا نشان از اثربخش بودن واقعیت‌درمانی بر انواع مولفه‌ها دارد؛ نظیر کاهش افسردگی بزرگسالان (۲۱)، افزایش انعطاف‌پذیری زنان (۲۲)، افزایش شادکامی (۲۳)؛ ایجاد تغییرات مثبت در مولفه‌های کنترل درونی، عزت نفس و مقابله با استرس در بیماران اسکیزوفرنی (۲۴)؛ کاهش علائم افسردگی، افزایش عزت نفس و افزایش احساس ارزشمندی دانش آموزان (۲۵)؛ کاهش سطح اعتیاد به اینترنت و افزایش عزت نفس دانشجویان (۲۶)، افزایش بهزیستی روان شناختی دانش آموزان (۲۷)، افزایش امیدواری بیماران (۲۸) مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان فوق در مورد نوجوانان کمتر به کار رفته است. همچنین، درمان‌های بکار رفته در مورد بیماران دیابتی، اغلب بر پایه توانمندسازی بوده‌اند و از پرداختن به مشکلات روان شناختی این افراد مبتلا، علی‌الخصوص نوجوانان غفلت شده است. عوامل روانپزشکی در بروز بیماری دیابت در افراد مستعد نقش زیادی دارند. توجه توام به مشکلات روانپزشکی و طبی، باعث می‌شود تا از بروز عوارض کاسته شده و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک افزایش یابد، بنابراین لزوم مداخلات روانشناختی در این موارد ضروری به نظر می‌رسد، لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت‌درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی دختران نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است؟

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی نوجوانان ۱۴-۱۶ سال مبتلا به دیابت نوع یک شهر سمنان بودند. نمونه آماری ۳۰ نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک بود که به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی (قرعه کشی) در گروه واقعیت‌درمانی

(۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول Cohen برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (۲۹) در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. فرایند شناسایی تا انتخاب از خرداد ماه تا تیر به طول انجامید. بدین شکل که ابتدا ۹۰ نفر شناسایی شدند و با در نظر گرفتن رضایت و موافقت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش، ۳۰ نفر از آنها، به طور هدفمند انتخاب شدند، سپس افراد انتخاب شده، در هر گروه به طور تصادفی (قرعه کشی) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص ابتلا به دیابت نوع یک توسط پزشک، ۲- دارا بودن سابقه حداقل یک سال ابتلا به دیابت نوع یک، ۳- زندگی با والدین در زمان انجام پژوهش، ۴- دامنه سنی ۱۶-۱۴ سال، ۵- دریافت نکردن همزمان هیچ‌گونه آموزش یا درمان روان‌شناختی در طول انجام پژوهش، ۶- نداشتن سو مصرف مواد، ۷- داشتن افسردگی (این مورد با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders) توسط روانپزشک مشخص شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱- نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها، و ۲- غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی (Psychological-Capital Questioner): برای سنجش متغیرهای سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه PCQ لوتانز استفاده شد (۳۰). در این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به‌طور گسترده، ساختارهای امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجند، استفاده شده است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده‌مقیاس‌ها نیز اثبات شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ عبارت بوده که هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه؛ و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) پاسخ می‌دهد. برای به دست آوردن نمره سرمایه روان‌شناختی ابتدا نمره هر خرده‌مقیاس به صورت جداگانه به دست آمده و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی، حاکی از آن است که این آزمون دارای عوامل و سازه‌های مورد نظر سازندگان آزمون است. در حقیقت نتایج تحلیل عاملی، روایی سازه آزمون را تأیید

افروز حمیدی و همکاران

که از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۳۳، ۳۲). برای نمونه بک و همکاران در مطالعه خود پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در فاصله یک هفته ای برابر با ۰/۹۳ گزارش نموده اند (۳۲). این پرسشنامه تاکنون در مطالعات مختلفی در ایران استفاده و روایی سازه، افتراقی و پایایی آن به خوبی مستند و تایید شده است (۳۳). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ محاسبه شد.

جلسات درمان که برطبق برنامه ای که قبل از شروع جلسات و با استفاده از مبانی نظری درمان واقعیت درمانی گلاسر تدوین شده بود (۳۴)، توسط پژوهشگر در مرکز درمان دیابت شهر سنجند و کلینیک روانپزشکی از مرداد تا مهر ۱۳۹۸، در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) به آزمودنی های گروه های آزمایش ارائه گردید و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ آمده است.

کردند. مدل شش عاملی، برآزش بهتری با داده‌ها داشته و با مدل نظری هم هماهنگی بیشتری دارد (۳۰). در پژوهش بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد و باباپورخیرالدین و (۳۱) میزان همسانی درونی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه ی افسردگی بک ویراست دوم: جهت سنجش میزان افسردگی از پرسش نامه افسردگی Beck و Clark که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است استفاده شد (۳۲). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه و فرد پاسخگو برای هر گویه یکی از چهار گزینه ای که نشان دهنده شدت افسردگی وی است را انتخاب می کند. هر گویه نمره های بین صفر تا ۳ می گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه ای از صفر تا ۶۳ دارد. مطالعات روانسنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می دهد

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک شهرستان سنجند در سال ۱۳۹۸

جلسه	هدف	محتوی
اول	ایجاد ارتباط اولیه و شناخت اصول واقعیت درمانی	آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات و چگونگی انجام کار، ارائه توضیحاتی در مورد اصول واقعیت درمانی و نظریه انتخاب
دوم	معرفی رفتار کلی و شناخت مولفه های آن	بررسی مفهوم رفتار کلی و معرفی اجزا آن در قالب تمثیل ماشین رفتار که چرخهای جلو تفکر و عمل و چرخهای عقب احساس و فیزیولوژی هستند. افراد بر چرخهای جلو کنترل مستقیم و بر چرخهای عقب کنترل غیر مستقیم دارند. بحث در مورد استرس و کمالگرایی در ذهن، نحوه کنترل فرد بر عناصر فوق با تأکید بر این مطلب که عمل و فکر قابل کنترل و انتخابی هستند. آشنایی با نیازهای اساسی
سوم	تأکید بر مسولیت پذیری، تعهد و آزادی	آشنایی افراد با چگونگی پذیرش مسولیت رفتارهای خود و همچنین ضرورت مسولیت پذیری و تعهد در برابر مسولیت‌های محوله در زندگی، چگونگی شکلگیری مسولیت گریزی به عنوان علت بسیاری از مشکلات. توضیح درباره مفهوم آزادی انتخاب در رفتار،
چهارم	تغییر رفتار و افکار	تقویت رفتارهای مثبت و حذف رفتارهای مزاحم، کسب آگاهی و آمادگی به اصول تغییر رفتار، تغییر افکار غیر منطقی، تغییر باورهای تحریف شده و تغییر رفتارهای منفی مانند اضطراب، و افسردگی. کاهش فشارروانی ناشی از تغییر با صحبت کردن در باره احساسات
پنجم	آشنا شدن اعضا با شیوه حل مسائل،	انتخاب بهترین راه جهت دستیابی به نیازهای اساسی و افزایش انتخابهای بهینه برای حل مشکلات استفاده از روش بارش فکری در حل مشکل
ششم	آشنایی اعضا با دنیای کیفی و قضاوت ارزشی نسبت به رفتارهایشان.	آگاهی از توانمندی ها، واقع بینی در مورد جهان اطراف، آموزش مفهوم دنیای کیفی، قضاوت ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی خود.
هفتم	تغییر رفتار	اجرای طرحها در مورد خود و مسولیتها و کمک به پذیرش شرایط در جهت کاهش افسردگی و افزایش سرمایه روان شناختی
هشتم	جمع بندی و نتیجه گیری	تأکید بر حفظ بینش مثبت و تغییر برداشت و رفتار منفی تأکید بر تعهد در قبال حفظ تغییر تأکید بر اینکه فرایند تغییر در خود نتیجه انتخاب است که منجر به کاهش افسردگی و بهبود وضعیت روان شناختی می گردد بحث و بررسی دستاوردهای اعضا از شرکت در جلسات درمان

آزمودنی های گروه مهارت آموزی مبتنی بر شفقت، واقعیت درمانی و کنترل به ترتیب ۳۳/۳ درصد، ۳۷/۵ درصد و ۲۹/۲ درصد در دوره متوسطه اول مشغول به تحصیل بودند. همچنین آزمودنی های گروه مهارت آموزی مبتنی بر شفقت، واقعیت درمانی و کنترل به ترتیب ۳۳/۳، ۲۸/۶ و ۳۸/۱ درصد در دوره متوسطه دوم مشغول به تحصیل بودند. میانگین سنی گروه مهارت آموزی مبتنی بر شفقت، واقعیت درمانی و کنترل نیز به ترتیب، ۱۵، ۱۴/۸۷ و ۱۴/۸۶ بود.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 صورت گرفت. توصیف داده ها بر اساس میانگین و انحراف استاندارد گزارش شد. با وجود آزمون پیگیری، برای مقایسه تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سرمایه روان شناختی و افسردگی از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در تحلیل ها $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی داری لحاظ شد.

یافته ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سرمایه روان شناختی و افسردگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سرمایه روان شناختی	واقعیت درمانی	۶۲/۲۰	۷/۸۵۷	۱۰۰	۶/۴۲	۱۰۱/۱۳
	کنترل	۶۰/۲۶	۸/۵۱۴	۶۴/۰۶	۸/۳۲	۶۳/۶۶
افسردگی	واقعیت درمانی	۱۹/۳۳	۴/۹۶	۷/۳۳	۱/۳۴	۷/۰۶
	کنترل	۱۸/۸۰	۶/۶۱	۱۸/۹۳	۶/۱۵	۱۹/۲۶

مرحله آزمون اختلاف وجود دارد و این اختلاف در مراحل پس آزمون و پیگیری بیشتر از مرحله پیش آزمون است.

بر اساس نتایج جدول ۲ بین میانگین سرمایه روان شناختی و افسردگی آزمودنی ها در گروه های مورد مطالعه در سه

جدول ۳. نتایج آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس ها، کرویت موخلی و ام باکس

متغیر	گروه	پیش آزمون		همگنی واریانس ها		W	سطح معناداری	گرین هاوس گیسر	ام باکس	سطح معناداری
		شا پیرو-ویلیک	سطح معناداری	F لوین	سطح معناداری					
سرمایه روان شناختی	آزمایش	۰/۱۵۵	۰/۲۰	۰/۷۸۳	۰/۰۷۷	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۴۶/۸۸۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۱۳	۰/۲۰	۰/۷۸۳	۰/۰۷۷	۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۴۶/۸۸۷	۰/۰۰۱
افسردگی	آزمایش	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۲۳	۱/۵۲	۰/۷۴	۰/۰۱۱	۰/۵۸۶	۸/۷۹۸	۰/۲۵
	کنترل	۰/۱۸	۰/۱۸	۰/۲۳	۱/۵۲	۰/۷۴	۰/۰۱۱	۰/۵۸۶	۸/۷۹۸	۰/۲۵

تساوی ماتریس های واریانس/کوارینانس و مفروضه کرویت برقرار نیست، بنابراین این شرط توزیع طبیعی نمره ها برقرار است. نتایج آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس های خطا در دو گروه است و نتایج آزمون موخلی نشان می دهد که شرط معنادار است ($P > 0/05$).

در جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف معنادار نیست، بنابراین این شرط توزیع طبیعی نمره ها برقرار است. نتایج آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس های خطا در دو گروه است و نتایج آزمون موخلی نشان می دهد که شرط

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثر درون آزمودنی ها) در متغیرهای سرمایه روان شناختی و افسردگی

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا (η^2)	توان آزمون
سرمایه روان شناختی	مرحله	۶۵۱۸/۰۶۷	۱/۰۴۴	۶۲۴۵/۲۷۱	۲۶۸/۱۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱
	خطا	۶۸۰/۵۳۳	۲۹/۲۲۳	۲۳/۲۸۸				
افسردگی	مرحله	۲۳۸/۰۶۷	۱/۵۵۵	۱۵۳/۰۹۳	۱۴۹/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۱
	خطا	۴۴/۶۶۷	۴۳/۵۴۱	۱/۰۲۶				

افروز حمیدی و همکاران

افزایش یافته است. اثر درون گروهی نمره ی افسردگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F=149/236, p=0/001$)؛ یعنی نمرات شرکت کنندگان در متغیر افسردگی در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر درون گروهی نمره ی سرمایه روان شناختی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($p=0/001, F=268/181$)؛ یعنی نمرات شرکت کنندگان در متغیر سرمایه روان شناختی در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفونی برای مقایسه جفتی میانگین سرمایه روان شناختی و افسردگی در گروه آزمایش

متغیر	(i) (j)	تفاوت میانگین	خطای معیار
سرمایه روان شناختی	پیش آزمون - پس آزمون	۳۷/۸**	۱/۵۸
	پیش آزمون - پیگیری	۳۸/۹۳**	۱/۵۸
افسردگی	پس آزمون - پیگیری	۱/۱۳	۲/۵۲
	پیش آزمون - پس آزمون	۱۳**	۲/۸۰
	پیش آزمون - پیگیری	۱۲/۲۷**	۲/۹۱
	پس آزمون - پیگیری	۰/۲۹	۲/۵۲

یعنی میزان سرمایه روان شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله ی پیش آزمون به دلیل مداخله آموزشی افزایش و افسردگی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله ی پیش آزمون کاهش یافته است.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که بین میانگین نمرات متغیر سرمایه روان شناختی و افسردگی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری در شرکت کنندگان گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)؛

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثرات بین آزمودنی ها) در متغیرهای سرمایه روان شناختی و افسردگی

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η^2)	توان آزمون
سرمایه روان شناختی	گروه	۱۴۲۸۸/۴۰۰	۱	۱۴۲۸۸/۴۰۰	۹۲/۷۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸	۱
	خطا	۴۳۱۵/۳۳۳	۲۸	۱۵۴/۱۱۹				
افسردگی	گروه	۴۰۹/۶۰۰	۱	۴۰۹/۶۰۰	۴/۳۰۶	۰/۰۴۷	۰/۱۳۳	۰/۶۲
	خطا	۲۶۶۳/۴۶۷	۲۸	۹۵/۱۲۴				

مشخص گردید که مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی دختران نوجوان دیابتی نوع یک حدود ۷۷ درصد مؤثر است، به عبارت دیگر می توان گفت که بیمارانی که در گروه آزمایش شرکت داشته اند، با بهره گیری از آموزش واقعیت درمانی در جهت ارتقای سرمایه های روانشناختی گام برداشته اند و این روش بر روی آنها مؤثر بوده است و میزان این تأثیر ۵۳ درصد بوده است. این یافته با یافته های مطالعه اسماعیلی فر و همکاران (۲۳)، عرفی و همکاران (۲۷) و عبداللهی و همکاران (۲۸) که اثربخشی واقعیت درمانی را بر سرمایه روان شناختی تأیید کردند، همسو می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که واقعیت درمانی توانسته است نوجوانان دیابتی را در جهت پذیرش غیرمشروط

در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهد که بین شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای سرمایه روانشناختی و افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$)؛ به عبارت دیگر، میزان سرمایه روان شناختی در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل افزایش و افسردگی در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل کاهش یافته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی مهارت آموزی مبتنی واقعیت درمانی بر سرمایه روان شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک بود. بر اساس نتایج پژوهش

خود، اجتناب از دلیل تراشی و بهانه آوری، سرزنش عوامل بیرونی و گذشته و پذیرش واقعیت (تغییر چیزهایی که می توان تغییر داد، مثل فکر و عمل و اقدامات خود، و پذیرش آنچه نمی توان تغییر داد، عوامل بیرون از خودشان، دیابت و گذشته) تشویق کند و به آنها کمک کند تا با پرورش خوش بینی که مطابق با نظر سلیگمن آموختنی است، امید به آینده و اجتناب از مسئولیت گریزی های رایج با گذشته ای که بر آنها رفته است به خوبی کنار بیایند و برای ارضای نیازهای اساسی خود دست به انتخابهای بهتر و مؤثرتر بزنند، چرا که فقط در سایه ارضای مسئولانه نیازهای اساسی است که می توانند به رضایت و خشنودی در زندگی دست یابند و از این طریق سرمایه های روانشناختی آنان ارتقا می یابد (۳۰). از دیگر دلایل اثربخشی واقعیت درمانی بر مؤلفه های سرمایه روانشناختی آموزش دنیای مطلوب و درک آن است. وقتی از مراجعان خواسته می شود که بگویند از خودشان، دنیای پیرامون، دوستان و غیره چه می خواهند، نه تنها به تصاویر دنیای مطلوبشان بلکه همزمان تفاوت دنیای موجود و دنیای مطلوبشان را درک نموده و درک این تفاوت انگیزه حرکت را ایجاد و درمانگر نیز با استفاده از جملات تأکیدی این انگیزه را ایجاد نموده با ایجاد کنترل درونی از نقش قربانی خارج شده، احساس توانمندی و خودکارآمدی بیشتری نموده و با انتخاب رفتارهای آگاهانه و متفاوت احساس متفاوتی را تجربه می کنند (۱۹). از این منظر بخشی از فرآیند ورود به دنیای مطلوب نوجوانان دیابتی، کمک به آنها برای پی بردن به این نکته بود که صرف نظر از دشواری یک موقعیت مانند مشکلات و مسایل حاصل از دیابت، اگر آنها امیدشان را از دست ندهند نتیجه بهتری در آینده نصیبشان خواهد شد. این امیدواری از این واقعیت ساده نشأت گرفت که آنها همواره می توانند دست به انتخاب مؤثر بزنند. بنابراین این رویکرد درمانی توانست حسی واقع گرایانه، نه کاذب از انتظار و امیدواری که یکی از مؤلفه های سرمایه روانشناختی است، را به نوجوانان دیابتی منتقل کند. از آنجایی که آموزش واقعیت درمانی گروهی می تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله ای سالم داشته باشند، بر سختی ها فایق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب آوری آنها افزایش خواهد یافت (۲۰). واقعیت درمانی و نظریه

انتخاب بیشترین تمرکز را بر روانشناسی مثبت و مسئولیت پذیری و کمترین کاربرد را بر اختلال ها و ناهنجاری ها و کاربرد موارد منفی دارد. واقعیت درمانی با تأکید بر توانایی های درونی افراد به آنها کمک می نماید تا از نقاط قوت و نیز نقاط ضعف خود آگاهی یابند و آنها را در جریان رسیدن به اهداف تحلیل نمایند و آنها را انتخاب کنند که واقعی تر هستند و با دنیای واقعی آنها سازگارتر است (۲۲).

از دیگر یافته های پژوهش این بود که مهارت آموزی مبتنی بر واقعیت درمانی بر افسردگی دختران نوجوان دیابتی نوع یک مؤثر بوده است و حدود ۴۲ درصد در کاهش افسردگی نوجوان مؤثر بوده است. به عبارت دیگر می توان گفت که بیمارانی که در گروه آزمایش شرکت داشته اند، با بهره گیری از آموزش واقعیت درمانی در جهت کاهش افسردگی گام برداشته اند و این روش بر روی آنها مؤثر بوده است که با یافته های مطالعه بارگاو (۲۱) و ریدر (۲۵) که اثربخشی واقعیت درمانی را بر کاهش افسردگی تأیید کردند، همسو می باشد. دلیل تأثیر واقعیت درمانی بر افسردگی را می توان اینگونه تبیین کرد، در واقعیت درمانی، واژه بیماری روانی اصولاً به کار نمی رود و در نتیجه، تشخیص و طبقه بندی اختلالات روانی، به آن صورتی که در مکاتب سنتی رایج است، در این رویکرد جایی ندارد. آنچه اصطلاحاً بیماری روانی خوانده می شود، با توجه به سه مساله واقعیت، مسئولیت و درست و نادرست مورد توجه قرار می گیرد. از دیدگاه گلاسر انسانها افسرده نمی شوند بلکه افسردگی را انتخاب می کنند، زیرا نتوانسته اند نیازهای اساسی خود را از راه درست و معقولانه ارضا کنند (۳۰). برای حصول به این نیازها فرد باید به گونه ای مطلوب و مقبول رفتار کند تا دیگران او را دوست بدارند. معیارهای رفتار مطلوب و معقول، متنوع و متعدد هستند و درستی و نادرستی اعمال به هنجارهایی بستگی دارد که از عوامل فرهنگی و اجتماعی و اخلاقی و ارزشها نشأت می گیرند. اگر فرد رفتارش را ارزیابی نکند و درصدد اصلاح موارد نادرست بر نیاید، نیازهای اساسی او برآورده نخواهد شد و در نتیجه احساس ارزش و دوستی نخواهد کرد و دچار بار روانی خواهد شد (۲۲). نظریه انتخاب بیان می کند که رفتار «افسردگی کردن» نوعی رفتار است که فرد برای حل مشکل کنونی اش انتخاب می کند ولی نامؤثر می باشد، بنابراین وقتی می خواهیم انتخاب رفتارهای دردناک مثل افسردگی کردن را متوقف کنیم سه گزینه داریم: ۱-

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مهارت آموزشی مبتنی بر واقعیت درمانی، بر افزایش سرمایه روان شناختی و کاهش افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر بوده است. در نتیجه این درمان می تواند در مداخلات روان شناختی مرتبط با سرمایه روان شناختی و افسردگی در نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک توسط روان شناسان بالینی استفاده شود. به دلیل امکان پذیر نبودن مطالعه بر روی نوجوانان پسر توسط پژوهشگر، این پژوهش مربوط به شهرستان سنج و نوجوانان دختر مبتلا به دیابت نوع یک می باشد، لذا تعمیم یافته ها با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می شود، در شهرها و فرهنگ های دیگر پژوهش های مشابه پژوهش حاضر با طول جلسات بیشتر انجام گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره و دارای کد اخلاق پژوهش مصوب در (دانشکده پزشکی-دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران) مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۱۴ به کد اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1399.127) شماره می باشد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق ناشناس ماندن آزمودنی ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آنها مورد توجه قرار گرفته است. نویسندگان از تمامی دختران نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ که در پژوهش حاضر شرکت کردند تشکر و قدردانی می کنند و لازم به ذکر است که با همکاری بسیار صمیمانه آنها امکان انجام این پژوهش فراهم شد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تضاد منافی ندارند.

تغییر خواسته ها، ۲- تغییر اعمال، ۳- هردو؛ واقعیت درمانی به فرد می آموزد که می تواند بر زندگی خود کنترل داشته و کنترلها را از درون خودش اعمال کند و دست به انتخابهای بهتری بزند (۱۹)؛ و مسئولیت پذیر باشند، این نگرش فرد را به فرمانده اصلی زندگی خویش مبدل می کند، در نتیجه فرد می تواند تفکرات و نگرش هایش را تغییر دهد، هیجانات خود را می پذیرد و با آنها کنار می آید. در واقعیت درمانی بر جریاناتی که در زمان حال اتفاق می افتد تأکید می شود، نه گذشته؛ چرا که تغییر در آنها ممکن نیست. وضع موجود و آینده قابل تغییر هستند. در صورتی که گذشته مطرح شود، مشاور آن را به زمان حال و آینده مربوط می سازد تا بدین وسیله روش ها و رفتارهای موفقیت آمیز گذشته اش را شناسایی کند و خود را نسبت به تکرار آنها تشویق کند (۲۱). واقعیت درمانی با تغییر منبع کنترل بیرونی و تبدیل آن به منبع کنترل درونی به افراد می آموزد که خوشبختی و موفقیت آینده آنها نه در اتفاقات تلخ گذشته و ناخواسته، بلکه در دستان خود آنهاست و آنها می توانند آینده خود را همانگونه که دوست دارند رقم بزنند. این رویکرد به افراد آموزش می دهد، برای داشتن زندگی با معنا باید با دقت به جستجوی راه هایی برای تغییر باشند، گشودگی و پذیرش دایمی به سوی تغییر حتی در اوج آسایش و راحتی به زندگی شادابی و امید می بخشد، بنابراین در آموزش واقعیت درمانی از فرد خواسته می شود اگر می خواهد فردی افسرده نباشد بایستی واقعیت را بپذیرد و با بیماری خود کنار بیاید و در فرآیند درمان به او آموزش داده می شود که نیازهایش را با شناخت درست از واقعیت جهان پیرامونش و در چهارچوب آن برآورده کند و ناتوانی در ارضای نیازهایش را با انتخاب غلط افسرده شدن کنار گذاشته و به انتخاب بهینه و رفتار درست و مسئولانه در قبال خود دست بزند، چرا که برآورده شدن نیازهای اساسی وی در گرو مسئولیت پذیری و تغییر رفتار او است (۲۰).

References

1. Santrock J W. Adolescence. New York: Mc Graw-Hill education.2014.
2. Zamora-Kapoor A, Fyfe-Johnson A, Omidpanah A, Buchwald D. Risk factors for pre-diabetes and diabetes in adolescence and their variability by race and ethnicity. Preventive medicine. 2018; 115: 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.08.015>
3. Ziegler R, Neu A. Diabetes in childhood and adolescence: A guideline-based approach to diagnosis, treatment, and follow-up. Deutsches Ärzteblatt International. 2018; 115: 146. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0146>
4. Graham E, Deschênes SS, Rosella LC, Schmitz N. Measures of depression and incident type 2 diabetes in a community sample. Ann Epidemiol. 2021;55:4-9. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.11.010>
5. American diabetes association. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes: Standards of medical care in diabetes-2018. Diabetes care 2018 Jan;41(Suppl 1):S65. <https://doi.org/10.2337/dc18-S007>
6. Deacon CF. Peptide degradation and the role of DPP-4 inhibitors in the treatment of type 2 diabetes. Peptides 2018;100:150-7. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2017.10.011>
7. Amini R, Najafi H, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of home care program on therapeutic adherence of patients with type 2 diabetes. J Educ Community Health 2020; 7:187-193. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/jech.7.3.187>
8. Sargolzaei M S, Kohestani D. Sleep quality in diabetic patients in Iran: A review. Payesh. 2020; 19 (4) :391-404. <https://doi.org/10.29252/payesh.19.4.391>
9. Hilliard M E, Hagger V, Hendrieckx C, Anderson B J, Trawley S, Jack M M., ... & Speight J. Strengths, risk factors, and resilient outcomes in adolescents with type 1 diabetes: results from Diabetes MILES Youth-Australia. Diabetes Care.2017; 40(7): 849-855. <https://doi.org/10.2337/dc16-2688>
10. Lukács A, Mayer K, Sasvári P, & Barkai L. Health-related quality of life of adolescents with type 1 diabetes in the context of resilience. Pediatric diabetes.2018; 19(8): 1481-1486. <https://doi.org/10.1111/pedi.12769>
11. Delamater A M, De Wit M, McDarby V, Malik J A, Hilliard M E, Northam E, & Acerini C L. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. <https://doi.org/10.1111/pedi.12736>
12. Youssef-Morgan C M, Luthans F. Psychological capital theory: Toward a positive holistic model. In advances in positive organizational psychology. Emerald Group Publishing Limited 2013. [https://doi.org/10.1108/S2046-410X\(2013\)0000001009](https://doi.org/10.1108/S2046-410X(2013)0000001009)
13. Luthans F, Youssef C M, Avolio BJ. Psychological capital and beyond. Oxford University Press, USA 2015.
14. Corathers SD, Kichler J, Jones NHY, Houchen A, Jolly M, Morwessel N, ... & Hood KK. Improving depression screening for adolescents with type 1 diabetes. Pediatrics.2013; 132(5): e1395-e1402. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0681>
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
16. Shirey K, Manyara S M, Atwoli L, Tomlin R, Gakinya B, Cheng S, ... & Pastakia S. Symptoms of depression among patients attending a diabetes care clinic in rural western Kenya. Journal of clinical & translational endocrinology.2015; 2(2): 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.002>
17. Winkley K, Upsher R, Stahl D, Pollard D, Kasera A, Brennan A, ... & Ismail K. Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. Health technology assessment (Winchester, England).2020; 24(28): 1-232. <https://doi.org/10.3310/hta24280>
18. Chew B H, Vos R C, Metzendorf M I, Scholten R J, Rutten G E. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017; 27;9(9):CD011469. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011469.pub2>
19. Wubbolding R E. Reality therapy for the 21st century. Routledge.2013. <https://doi.org/10.4324/9780203768457>
20. Wubbolding R E, Brickell J. Counselling with reality therapy. Routledge.2017. <https://doi.org/10.4324/9781315173009>

21. Bhargava R. The Use of Reality Therapy With a Depressed Deaf Adult. *Clinical Case Studies*. 2013;12(5): 388-396. <https://doi.org/10.1177/1534650113496869>
22. Sadat Bari N, Bahraini A, Azargoon H, Abedi H, Aghae F. The effectiveness of reality therapy on resilience of divorced women in neyshabur city of iran. *International Research of Applied and Basic Sciences*. 2013; 160-164. [Persian].
23. Esmaili Far N S, Sheikhi H, Pour Z J. Effectiveness of group reality therapy in increasing the students' happiness. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 2013; 2(2): 70-65. [Persian].
24. Kim J. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *Taehan Kanho Hakhoe* 1485-1492(8)35. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.8.1485>
25. Reader S. d. (2011). Choice theory: an investigation of the treatment effects of a choice therapy protocols students identified as having a behavioral-emotional disability on measures of anxiety-depression-and locus of control and self-esteem PHD unpublished Dissertation. North Carolina University.
26. Kim JU. The effect of a R/T Group counseling program on the internet addiction and self-esteem of internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy*. 2008; 2, 4-12.
27. Arefi M and Ganjooori M. Effectiveness of reality therapy training on psychological well-being of deaf students. *Quarterly journal of social work*. 2017; 6 (1); 21-28. [Persian].
28. Abdollahi F, Sadeghi N, Moghimian M. The effect of reality therapy on the hope of mothers of children with cancer. *JPEN*. 2021; 7 (3):36-42. [Persian].
29. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed, United States of America, Lawrence Erlbaum Associates 1988; 310-11.
30. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford, UK: Oxford University Press 2007. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195187526.001.0001>
31. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Khairuddin. The relationship between social capital and psychological well-being in students of Tabriz University', *Bi-Quarterly Journal of Social Cognition* 2015; 3: 44-54. [Persian].
32. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
33. Rahimi C. Application of the Beck depression inventory-II in Iranian university students. *CPAP*. 2014; 2(10):173-188. [Persian].
34. Glasser W. *Station of the mind: new direction for reality therapy*. New York. 2008.